

Departamento de Salud de Cincinnati
Salud Escolar y de Adolescentes

Formulario de Consentimiento para la Vacuna contra la Influenza (gripe) Estacional para el 2021-2022

COMPLETE ESTE FORMULARIO SOLO SI QUIERE QUE SU HIJO(A) RECIBA LA VACUNA DE LA INFLUENZA

A. NOMBRE DE LA ESCUELA:

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Apellido) STUDENT NAME (Last)	(Nombre/First)		(Inicial 2do Nombre/M.I.)	GRADO GRADE/HR
FECHA DE NACIMIENTO DATE OF BIRTH	EDAD/AGE	SEXO/GENDER M / F	RAZA/RACE	TELEFONO/PHONE NUMBER
DIRECCION/STREET ADDRESS	CIUDAD/CITY		ESTADO/STATE	CODIGO POSTAL/ZIP
ESTADO DEL SEGURO/INSURANCE STATUS:				
<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CareSource <input type="checkbox"/> United Healthcare Community Plan <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> Paramount <input type="checkbox"/> Buckeye <input type="checkbox"/> Sin seguro/No Insurance <input type="checkbox"/> Seguro Privado/Private Insurance _____ #Facturación del seguro/Insurance Billing# _____ #Facturación de la Tarjeta Medica/Medical Card Billing Number# _____ #Seguro Social del Niño(a)/Child's SS# _____ *No se le negará a ningún estudiante la vacuna de la gripe por falta de seguro o por incapacidad para pagar.				

B. Para determinar si su hijo(a) necesita una dosis de refuerzo, por favor responda esta pregunta:

1. ¿Recibió su niño(a) 2 dosis de la vacuna de gripe estacional antes de julio del 2010? **Si/Yes** **No** **No estoy seguro/Unsure**

C. Favor responder a todas las siguientes preguntas:

SI/YES NO

1. ¿Está el estudiante enfermo hoy con fiebre o enfermedad respiratoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene el estudiante una alergia seria a los huevos, timerosal o cualquier otro componente de la vacuna de la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido el estudiante alguna vez una reacción seria a una dosis previa de la vacuna de la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido el estudiante alguna vez el síndrome de Guillain-Barré (una debilidad muscular severa temporal) dentro de las 6 semanas de haber recibido la vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Favor responder a todas las siguientes preguntas:

SI/YES NO

1. ¿Tiene el estudiante un problema de salud a largo plazo como enfermedad cardiaca, pulmonar, asma, enfermedad renal, enfermedad neurológica o neuromuscular (por ej. diabetes), anemia u otro desorden de la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Si el estudiante tiene entre 2 a 4 años, ¿le ha dicho un médico que ha tenido asma o silbido en el pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene este estudiante un sistema inmunológico debilitante por HIV/SIDA u otra enfermedad que afecte el sistema inmunológico, ha recibido tratamiento a largo plazo con medicinas con altas dosis de esteroides o tratamiento de cáncer con radiación o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene la persona contacto cercano con alguien que necesite cuidado en un ambiente protegido (por ejemplo, alguien que ha tenido recientemente un trasplante de médula ósea)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Está la persona tomando aspirina a largo plazo o está en una terapia que contenga aspirina? (Por ejemplo, ¿toma la persona aspirina todos los días?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Está recibiendo el estudiante medicamentos anti-virales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Está la persona embarazada o podría quedar embarazada en el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha la persona recibido algunas de las siguientes vacunas dentro de los últimos 30 días? MMR (sarampión, paperas y rubeola), Varicela, o el spray nasal de la influenza? En caso positivo, indique el tipo y la fecha. Vacunas recientes: _____ Fecha recibida: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. Consentimiento

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA:

Entiendo que recibiré la **Declaración de Información sobre la Vacuna contra la Gripe** y me ofrecerán el **Aviso de Practicas de Privacidad del Departamento de Salud de Cincinnati** antes que mi niño(a) reciba la vacuna.

DOY MI CONSENTIMIENTO para que el estudiante nombrado en la parte posterior de este formulario reciba la vacuna de la gripe.

Firma de la Persona/Padre/Madre/Tutor Legal _____ Fecha: mes _____ día _____ año _____
Nombre del Padre/Madre o Tutor en letra de molde _____
Teléfono celular del padre/madre o tutor: _____

F: Vaccination Record (FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY):

Vaccine	Date Dose Administered	Route	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator
2021 Seasonal Flu	/ /2021	L Arm R Arm <input type="checkbox"/> IM		
Booster Dose	/ /2021	L Arm R Arm <input type="checkbox"/> IM		